Ueber die

Indicationen zur Myomotomie

nach Martin.

Von

Dr. Eulberg

in Mainz.

1891

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549807_0163

Separat-Abdruck aus der Zeitschrift »Der prakt. Arzt 1881. Nro. 1 u. folg.«
(Verlag von G. Rathgeber in Wetzlar.)

Die

Indicationen zur Myomotomie

nach Martin.

Von Dr. Eulberg, Specialarzt für Frauen- u. Kinderkrankheiten in Mainz.

Der ungünstige Ausgang, welchen ich vor mehreren Jahren der Enucleation eines fibrösen Polypen folgen sah, und welcher wohl auf Rechnung theils übersehender, theils in ihrer Bedeutung unterschätzter Complicationen zu setzen ist sowie die Einsicht, dass die angewandte Methode einer Erweiterung nicht fähig ist, bewirkten schon damals in mir die unbezwingliche Ueberzeugung, dass die Contraindicationen der Enucleationsmethode um einige Momente bereichert werden dürften.

Hatte auch in diesem Falle die Feststellung der Art der Insertion des Fibrom's keine grossen Schwierigkeiten, so bot jedoch ein zweiter um so grössere, als es sich um die Entfernung eines ursprünglich interstitiell entwickelten Uterustumors handelte, dessen erweichte Spitze vorübergehend im Muttermund erschienen war, der aber bei Gelegenheit der Abwägung der Chancen der damals in Betracht kommenden Operationsmethoden einer genaueren Untersuchung wieder vollkommen unzugänglich war. Auch damals, es sind etwa 2 Jahre her, empfand ich wiederum den Mangel eines Operationsplanes, der eine unbedingte Durchführbarkeit sicherte, alle während der Operation neu hinzukommende Momente therapeutisch zu berücksichtigen erlaubte, und die Vortheile der damals üblichen Methoden mit einander verband.

Einen derartigen Plan glaubte ich in dem abänderungs- respective erweiterungsfähigen Verfahren*) entdeckt zu haben,

*) Beitrag zur Therapie der Uterusmyome von Dr. H. Burchhardt. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 27. 1880.

welches Dr. A. Martin im Frühlinge letzten Jahres zum ersten Male zum Zwecke der Entfernung eines submucösen Fibromyoms mit Erfolg in Anwendung brachte, und welches, wie ich nach reiflicher Ueberlegung überzeugt bin, Aussicht hat in Zukunft häufig an Stelle der bisher üblichen Methoden ausgeführt zu werden.

Bevor es möglich ist über die Gefährlichkeit der Martinschen Myomotomie, wie ich das Verfahren kurz nennen will, ein sicheres Urtheil abzugeben, kann es mir nicht einfallen, allgemeine Regeln dafür aufstellen zu wollen, wann sie den sonstig üblichen Behandlungsmethoden bei Uterusmyomen (Castration, Ergotininjectionen, Liquor ferri-injectionen etc.) vorzuziehen sein wird, ich beschränke mich vielmehr einfach darauf, ihre Stellung unter den Exstirpationsmethoden, sobald diese überhaupt indicirt erscheinen, möglichst zu präcisiren.

Ein zweiter Fall, in welchem Herr Dr. A. Martin nach seiner neuen Methode operirte, ist freilich ungünstig verlaufen, jedoch ist dies nicht dem Verfahren an sich, sondern einer unberücksichtigt gebliebenen Complication zur Last zu legen, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, die Herr Dr. Martin mir bereitwilligst zu überlassen die Güte hatte. Vor Kurzem wurde die neue Operationsmethode zum 3. Male bei einer Kranken mit Uterusmyom in Anwendung gezogen, und zwar wie mir Herr Dr. A. Martin mittheilte, mit günstigem Erfolge.

Bei dieser Gelegenheit will ich es nicht unterlassen, genanntem Herrn für sein freundliches Entgegenkommen meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Es sei mir nun erlaubt, ausser den beiden Fällen, eigner Beobachtung, die nach der Martin'schen Methode operirten kurz zu citiren, an der Hand welcher es mir am besten gelingen wird, die Erwägungen klar zu stellen, welche das Ziel vorliegender Arbeit bilden.

Den ersten hier zu beschreibenden Fall hatte ich vor mehreren Jahren in einer ausserdeutschen Klinik zu beobachten die Gelegenheit. Er bietet in mehreren Beziehungen Interesse, und gebe ich ihn ganz so wieder, wie er sich meinem Gedächnisse eingeprägt hat.

Eine Nullipara von etwa 40 Jahren wird behufs Entfernung eines Fibroms in die Klinik aufgenommen. Sie fiebert mässig und klagt über Seiten- und Leibschmerzen. Patientin ist ziemlich anaemisch, leidet an putridem Ausfluss. Bei Betastung des Unterleibes stöst man auf eine mässig empfindliche, kugeliche, elastische Geschwulst, die sich in das kleine Becken verfolgen lässt und nach oben fast bis zur Nabelhöhe reicht.

Die innere Untersuchung ergab den Muttermund verstrichen und in ihm den untern Umfang einer rundlichen derben Geschwulst, die mässig um ihre Axe drehbar*) war und demgemäss als ein mit dem Fundus zusammenhängendes, dünngestieltes Fibrom angesehen wurde.

Auf den ausdrücklichen Wunsch der Kranken wurde alsbald zur Entfernung der Geschwulst per vaginam geschritten, und zu diesem Zwecke ein geglühter Stahldraht über der grössten Peripherie um die Geschwulst herumgeführt, die Enden des Drahtes in bekannter Weise vereinigt, mit den Polen einer starken Batterie in Verbindung, und nun bei geschlossenem Strom die Schlinge durch langsames Anziehen zum Durchschneiden gebracht.

Sodann wurde mit der Siebold'schen Scheere die untere Hälfte der Geschwulst in mehrere Keile zerlegt, extrahirt, schliesslich der Rest mit erheblicher Mühe durch die Scheide hindurchgezogen. Das auf diese Weise entfernte Fibrom hatte circa die Grösse eines Strausseies. Eine nach der Entfernung der Geschwulst erfolgende Blutung wurde mit Hülfe styptischer Tampons gestillt.

An dem so entleerten Uterus liess sich jetzt mit Bestimmtheit das Vorhandensein eines weiteren Tumors constatiren, der anscheinend kuppelartig dem Fundus aufsass, als ein subperitoneales Fibrom angesprochen wurde, von dessen Entfernung man einstweilen Abstand nahm.

Nach der Operation begann die Kranke alsbald hochgradig zu fiebern, über stärkere Schmerzen im Unterleib, besonders heftige, stechende Schmerzen in der rechten Seite und grosse Athembeschwerden zu klagen.

Nachdem noch der Nachweis einer stark nach oben verbreiterten Dämpfung in der Lebergegend gelungen war, schien die Diagnose einer acuten Pleuritis exsudativa gesichert. Unter zunehmender Dyspnoe und Steigerung sämmtlicher erwähnten Beschwerdea collabirte die Kranke und starb etwa 3 Tage nach vorgenommener Operation.

Die Section ergab unter Anderem 1) dass das entfernte Fibrom in seinem kurzen und dünnen Stiele hart an seiner Insertion an der Innenfläche des Fundus glatt abgetrennt war 2) dass übrigens im Genitalcalanale keine sichtbaren Verletzungen zu constatiren waren, wie sie bei der Operation hätten entstehen können. Die am Fundus uteri befindliche, als breitbasiges subperitoneales Fibrom gedeutete Geschwulst erwies sich nach der Ansicht des betr. patholog. Anatomen als ein subperitonealer-, und das in den letzten Krankheitstagen entstandene »pleuritische Exsudat« als ein perihepatitiscer Abscess. Die Parametrien waren frei; ob sich ein un-

*) Scanzoni's Beiträge Band II.

bedeutender Erguss in's Bauchfell oder in die Pleurahöhle vorfand, ist mir nicht mehr erinnerlich.

Den als Fibrom imponirenden subperitonealen Abscess dachte man sich so entstanden, dass von dem putriden Secret der Uterushöhle gelegentlich etwas seinen Weg durch die Tuben genommen und durch Resorption von dem Bauchfellüberzuge des Fundus hier eine abscedirende Entzündung bewirkt habe.

Der zweite Fall, dessen klinische Aufzeichnung Herr Geh.-Rath Veit in Bonn mir zur Verfügung zu stellen die Güte hatte, ist folgender:

Frau Lehrer H. aus R. 48 J. II para, das letzte Mal vor 20 Jahren, nahm zu Anfang des Jahres 1878 meine ärztliche Hülfe in Anspruch.

Patientin, früher stets gesund, gibt an vor etwa 6 Jahren an verstärkter Menstruation und Fluor gelitten zu haben, dann sei der Fluor sehr profus und übelriechend geworden und schliesslich wäre durch ärztliche Manipulationen, zum Theil auch spontan ein Gewächse in missfarbenen, aashaftriechenden Stücken und Fetzen nach und nach von ihr gegangen. Dabei waren reinigende, desodorisirende Ausspülungen in Gebrauch gezogen worden. Das Allgemeinbefinden soll damals nicht wesentlich alterirt gewesen sein und erhielt sich von da an in einem zufriedenstellenden Zustande, abgesehen davon, dass etwas Fluor und leichte Störungen während der Menses zurückblieben, durch volle 4 Jahre.

Seit etwa einem Jahre wäre die Menstruation wieder stärker geworden, zuweilen von 8tägiger Dauer, mit wehenartigen Schmerzen, Ziehen im Kreuz und in den Oberschenkeln und Drängen nach unten. Zeitweise habe sie durch die Menstruation so viel Blut verloren, dass sie für längere Zeit elend geworden, alsdann habe die nächste Periode ihr geringeren Blutverlust gemacht, sobald sie sich dann aber wieder etwas erholt habe, sei die folgende Periode wieder längerdauernd und sehr profus gewesen. In Folge zunehmender Mattigkeit könne sie ihren häuslichen Beschäftigungen schon lange nicht mehr in altgewohnter Weise nachgehen.

Patientin ist eine kleine brünette Dame von mittler Entwicklung der Muscular und des Unterhautfettgewebes, Gesichtsfarbe und sichtbare Schleimhäute tragen den Character der Anaemie.

Der Unterleib etwas aufgetrieben, Bauchdecken ziemlich schlaff. Scheide mittelweit, Portio etwas vergrössert. Muttermund geschlossen. Im vorderen Scheidengewölbe fühlt man den etwas anteflectirten elastischen Uterusköper bei der combinirten Untersuchung leicht beweglich, nicht ganz faustgross, sein kuglicher Fundus in Symphysenhöhe.

Da ich sofort ein Fibrom als Ursache der Vergrösserung und der Menorrhagien etc. vermuthete, nahm ich die unblutige Erweiterung des Cervicalcanals mit Laminariastiften vor, und konnte nun in der Chloroformnarkose eine Austastung der Uterushöhle vornehmen, welche eine Verdickung der Wand, besonders auffallend in den Partien rechts hinten, jedoch nirgends eine circumscripte Härte ergab. Uterushöhle bedeutend länger als normal. Ich liess einstweilen noch die Differenzialdignose zwischen chron. Uterusinfarct und einer diffusen myomatösen Hyperplaise der rechten hinteren Unteruswand in suspenso, verordnete Roborantien, kühle Scheidenirrigationen, während der Menses absolute Bettruhe, kalte Umschläge auf den Unterleib, und liess durch 40 Tage die Patientin täglich 0,15 Ergot. dialys. gebrauchen.

Danach blieben die Menses durch 4 Monate hindurch gänzlich aus, Patientin bekam wieder ein blühendes Aussehen und entzog sich bis auf Weiteres meiner Aufsicht.

Im Herbste 1878 stellten sich jedoch die Menorrhagien wieder ein, wurden stetz profuser und anhaltender, die Pausen betrugen schliesslich ca. 3 Wochen und anaemische Erscheinungen aller Art traten nun wieder auf. Unter solchen Verhältnissen übergab sich mir Patientin gegen Mitte November.

Befund derselbe, bei combinirter Untersuchung, wie früher, nur ist der Uterus nun über Mannsfaust gross, der Fundus steht über der Symphyse. Keine Druckempfindlichkeit. Die sich alsbald einstellende Menstruation dauert 8 Tage. Abgang von grossen Mengen meist coagulirten Blutes. Dann noch eine Woche lang Abgang einer mehr oder weniger sanguinolenten Flüssigkeit, die endlich in den gewohnten Fluor überging. Hiernach grosse Schwäche, leichtes Knöchelödem.

Nachdem in der zweiten Hälfte Dezember wieder eine Menorrhagie erfolgt war, die trotz wieder eingeführter Secalebehandlung und sonst üblicher Medicationen, Application von Eis an die Portio, kalte Umschläge auf den Unterleib p. p. die vorhergegangene an Heftigkeit und Dauer noch übertraf, steigerten sich die anaemischen Erscheinungen auf das Aeusserste. Da der Tumor inzwischen sichtbar zugenommen, ausserdem während der letzten Menorrhagie mit seiner erweichten Spitze im erweiterten Cervicalcanal erschienen war, war die Patientin zu bestimmen, sich behufs operativer Entfernung der Geschwulst in der Klinik des Herrn Geheimrathes Veit zu Bonn aufnehmen zu lassen — am 11. Januar 1879.

Hier will ich noch einschalten, dass unterdess alles Mögliche zur Hebung ihres Kräftezustandes geschehen war, wodurch sie sich soweit erholt hatte, dass sie wieder mit Unterstützung sich aufrecht halten und einige Schritte gehen konnte.

Fundus Uteri ungefähr in Nabelhöhe. Consistenz der Geschwulst elastisch bis derb, je nach dem Contractionszustand des Organs. Portio formirt, äusserer Muttermund geschlossen. Die eingeführte Sonde, deren Knopf durch die vordere Bauchwand leicht durchzufühlen, ergiebt eine Länge der Uterushöhle von ca. 19 cm. und bekundet also eine Vergrösserung des ganzen Organs.

Die Portio geht continuirlich in die von dem Scheidengewölbe aus zu erreichenden Partien des Tumors über und bewegt sich bei, mit der äusseren Hand vorgenommenen Bewegungen in entgegengesetztem Sinne mit.

Die Diagnose lautete auf ein Myom des Uterus, mit wahrscheinlicher cystischer Erweichung und starker Neigung zu wachsen.

Prognose. Da bei dem raschen Anwachsen der Geschwulst die häufige Wiederkehr erschöpfender Blutungen sicher zu erwarten ist, so steht wegen dem unausbleiblichen Marasmus für das Leben der Patientin das Aeusserste zu befürchten, jedenfalls ist für die nächste Zukunft ein zunehmendes Siechthum, Fesselung an's Bett und Verkümmerung des Lebensgenusses die unvermeidliche Folge.

Die Therapie konnte hier in mehrfacher Weise einwirken. Mit bereits als unwirksam sich erweisenden Ergotininjectionen und den unsicheren, dabei nicht ungefährlichen Injectionen von Liqu. ferri in das Cavum Uteri die Blutungen beschränken zu können, erschien als problematisch — auch die Ovarienexstirpation als zu gefährlich für ihre zweifelhafte Beeinflussung der Verhältnisse — es blieb also nur noch die Entfernung des Tumors durch die Laparatomie oder per vaginam.

Da sich der Tumor ursprünglich interstitiell entwickelt hatte, der Cervicalcanal bei formirter Portio nur sehr schwer zu erweitern und die vollständige Ausschälung des Tumors voraussichtlich nur in einer sehr protrahirten Sitzung, möglicherweise erst nach mehreren Sitzungen, und wohl nur stückweise möglich war, wobei sehr bedenkliche, bei dem Zustand der Patientin verhängnissvolle Blutungen schwerlich vermieden werden konnten, mehr oder weniger grosse Cervixrisse eintreten mussten, so wurde von der Operation von der Vagina aus abgesehen und die Laparatomie mit der amputatio uteri supravaginalis in Aussicht genommen.

Ich war um so mehr mit dieser Entscheidung zufrieden, als ich, gestützt auf das rasche Wachsthum der Geschwulst, mich immer noch nicht des Verdachtes entledigen konnte, es möchte sich um eine sarcomatöse Neubildung handeln, die zum Theil myxomatös degenerirt sei.*)

*) Vergl. Schröder, Krankheiten der weiblichen Sexualorgane Seite 304 u. 216.

Operation am 13. Jan. 1879. $12^1/_4$—$2^3/_4$ Uhr unter Carbolspray. und sonstig üblichen antiseptischen Cautelen. Der Bauchnitt reichte, etwa 1 Finger breit über dem Nabel anfangend, fast bis zur Symphyse. Nach Durchtrennung des Bauchfelles präsentirt sich ein Tumor von glatter Oberfläche, von der Gestalt des Uterus, weder er noch seine Anhänge sind adhärent. Derselbe wird mit einiger Mühe durch die Bauchwunde entwickelt. Die Ovarien sind baumnussgross, cystös entartet. Nun werden die Ligamenta lata beiderseits doppelt unterbunden. Bei ihrer Abtrennung vom Uterus entsteht eine Blutung, so dass am Uterus Einzelunterbindungen nothwendig werden. Der Cervix wird darauf mit 2 Seidenfäden unterbunden, und etwa 4 cm. darüber der Uterus quer abgetrennt. Hierbei bluten die grossen Gefässen zu beiden Seiten des Cervix. Dieselben werden umstochen. Nachdem aus dem Stumpf ein Keil herausgeschnitten worden, wird ersterer durch abwechselnd tiefe und oberflächliche Suturen so genäht, dass er völlig überhäutet ist. Die Ovarien werden mit dem oberen Theil der ligamenta lata zugleich entfernt.

Die Blutung war ziemlich beträchtlich; — nach der Toilette des Peritoneums wird die Bauchwunde durch theils tiefe, theils oberflächliche Suturen geschlossen. Ueber der Bauchwunde wird alsdann ein Compressivverband mit 10% Salicylwatte angelegt. Dauer der Operation $2^1/_2$ h.

An den darauf folgenden Tagen stellten sich zunächst die Nachwirkungen der langen Chloroformnarkose und des Blutverlustes ein, in Form von Brechreiz, Durst und grosser Schwäche. Abendtemperatur durchschnittlich 38,5. Am 21. steigerte sich die Temperatur bis zu 39,1. Am 22. wurden die tiefen Suturen, am 24. die übrigen entfernt.

Die Heilung der Bauchwunde war per primam intentionem erfolgt. Bei der am 17. März vorgenommenen Untersuchung fühlt sich der Uterusrest an wie ein normaler mobiler Uterus. Links davon findet sich eine kleine unregelmässige Verdickung.

Pat. wird geheilt entlassen und erfreut sich bis zur Stunde der besten Gesundheit.

Die exstirpirte Geschwulst war ein erweichtes Fibrom im Gewichte von 2610 grm. mit multiplen cystösen Hohlräumen, die mit einer sulzigen Masse erfüllt sind. An dem unteren Ende der Geschwust befindet sich eine derartige grössere Cyste dicht unter der Schleimhaut, welche in der letzten Periode im erweiterten Muttermund zu fühlen war.

Der Vollständigkeit halber und weil es in den Rahmen dieser Ausführung gehört, gebe ich die durch Herrn Dr. Burckhardt in Nr. 27 der Deutsch. medic. Wochenschrift ausführlich veröffentlichte Geschichte der ersten, von Dr.

A. Martin nach seiner Methode ausgeführten Myomotomie in Kürze hier wieder.

Amalie N. 35 J. Opara. Mit 17 Jahren stellten sich die Menses ein, regelmässig. Seit ca. 4—5 Jahren unregelmässige und stärkere Blutungen, seit einem Jahre dabei Schmerzen und profuse Secretion.

Patientin wurde im Herbste 79 ca. 3 Monate lang mit Ergotininjectionen behandelt, die auf die Blutung einen vorübergehend günstigen Einfluss gehabt zu haben scheinen. Seit Januar sind die Blutungen wieder profuser, — Schmerzen, hochgradige Anaemie, Oedeme, Patientin gross, wachsbleich mit Oedemen der Augenlieder und Unterschenkel.

Im Abdomen ein bis zum Nabel reichender derber glatter Tumor, Muttermund wenig durchgängig, Lippen wulstig, Collum derb, hinteres Scheidengewölbe verdickt und empfindlich. Die Sonde stösst über dem inneren Muttermunde auf ein unüberwindliches Hinderniss. Portio bewegt sich bei Verschiebung der Geschwulst von aussen, mit.

Am 12. Morgen Einlegung eines Tupelostifts, Abends Barnes'scher Dilatator. Cervix am 13. Morgens für 1 Finger durchgängig. Nochmalige Application von diesmal 2 Barnes'schen Dilatatoren durch 12 Stunden.

Abends Durchgängigkeit des Cervixcanals wie vorher. Die Sondirung ergab eine Länge der Uterushöhle von 17 cm., Patientin ist demnach sehr angegriffen. Desshalb Aufgebung der Dilatationsversuche und Entschluss, nach Hebung des Kräftezustands, die Entfernung des Tumors per Laparotomiam vorzunehmen.

Nach 10tägiger Bettruhe, während welcher keinerlei Blutung erfolgte, schritt Herr Dr. A. Martin am 24. Mai 1880 zur Operation.

Unter streng antiseptischen Vorbereitungen und $2\frac{1}{2}\%$ Carbolspray wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle der Uterus herausgezogen, eine Gummischlauchconstriction um die Cervix gelegt, Fundus uteri und vordere Wand, sowie der Schleimhautüberzug des den Fundus und die hintere Uteruswand einnehmenden Tumors gespalten und nun das Fibrom leicht aus seinem Bette herausgeschält, wobei ein ca. handtellergrosses ihm unmittelbar aufsitzendes Stück Schleimhaut mit entfernt wurde.

Nach Abtragung eines kleinen Schleimhautpolypen der vorderen Wand der Uterushöhle wird das Bett des Fibroms durch 4 quere Suturen verschlossen; dann werden die Wundränder der Schleimhaut sorgfältig durch Näthe mit einander, so dass die Wundflächen des Bettes eng aneinander liegen, und zuletzt wird auch die äussere Uteruswunde durch theils tiefe, theils oberflächliche Suturen vereinigt.

Beide Ovarien, die vergrössert den Verdacht einer cystischen Degeneration erweckten, werden darauf nach Unterbindung des Mesovarium entfernt, die unbedeutende Nachblutung aus den Stichkanälen gestillt, der Uterus reponirt und nach Toilette des Bauchfells die Bauchwunde geschlossen und darüber ein Carboljuteverband angelegt. Dauer der Operation 1^{30}.

2 Stunden post operationem starker Collaps der Patientin, Aufstossen und Erbrechen, kalter Schweiss, kleiner Puls. Sopor. T. 35 2; Abds. Puls 100, T. 37,1, Durst, Mattigkeit, Kopfschmerzen; Erbrechen dauert fort, aber das Bewusstsein hat sich gehoben. Mit dem Katheder wird Carbolurin entleert. Trotz Morphium kein Schlaf.

25. Befinden besser, Carbolurin mit dem Catheder entleert. Abgang von Blähungen. P. 104—116, T. $37,^{1}$—$38,^{2}$.

26. Patientin wohler, schlief nach Morphium; erste Stuhlentleerung. Abds. $38,^{5}$. Von nun an stetige Besserung. Es werden desinficirende Scheidenirrigationen wegen Abfluss eines lochienartigen Secretes von fadem Geruch vorgenommen.

1. VI. Verbandwechsel. Bauchwunde bis auf den unteren Wundwinkel verklebt, welcher reichlichen, übelriechenden Eiter absondert.

Vom 3. an öfterer Verbandwechsel, am 5. VI. steht Patientin zum ersten Male auf und wird am 7. VI. entlassen.

Bei der vorher vorgenommenen Untersuchung zeigt sich der noch vergrösserte Uterus in normaler Lage; Cervix geschlossen, Ausfluss und Schmerzen fehlen. Der über 2 faustgrosse Tumor war ein Fibromyom.

Frau Hoppe in Cleve, 45 Jahre alt. Patientin ist mit dem 15. Jahre menstruirt. Die Menstrualblutung war stets reichlich. Vor zwölf Jahren gebar sie in erster Ehe. Seit 3 Jahren ist sie zum 2. Male verheirathet und leidet seitdem an starken Blutverlusten während der Menses mit Abgang von grossen Coagulis, dabei ab zu heftige Schmerzen, in den Menstrualpausen profuser Fluor.

Nach und nach stellen sich im Gefolge hiervon Abmagerung, Schlaflosigkeit und Fieber ein.

Patientin präsentirt sich als eine zierliche anaemische Frau mit kleinem frequenten Puls, trockener Haut und spärlichem Fettpolster. Der Unterleib wird vorgebaucht durch eine harte, den Bauchdecken dicht anliegende Geschwulst, die besonders in der linken Seite bis zur Nabelhöhe reicht und hier uneben und knollig anzufühlen ist. Die Schmerzhaftigkeit ist besonders in der linken Seite oben eine ziemlich lebhafte.

Die Geschwulst ist verschiebbar, ihre Oberfläche nach unten zu glatt, ihre Consistenz derb.

Das Collum steht weit nach hinten und fühlt sich derb an. Die Portio ist wenig voluminös. Im vorderen Scheidengewölbe stösst man auf die untere Peripherie des äusserlich gefühlten Tumors, welche sich vor der Portio herunterdrängt.

Bei der Verschiebung der äusseren Geschwulst bewegen sich die Portio und die untere Peripherie des davorliegenden Tumors gleichmässig mit.

Der Muttermund ist geschlossen. Die Consistenz des Tumors erscheint zwischen den beiden Händen derb.

Diagnose: Myoma submucosum. Operation 7. September 1880 7^{30} Vorm.

Unter antiseptischen Cautelen und genügender Assistenz — mit $2^1/_2$ % Carbollösung (Handspray, Taschentuch Narkose) wird die Eröffnung der Bauchhöhe vorgenommen, der Schnitt durch die mässig fettreichen Bauchdecken und das Peritoneum ohne Blutung vollendet. Danach stösst man auf den vergrösserten Uterus, dessen vordere Fläche in der Schnittwunde sichtbar wird.

Der Schnitt wird nun nach oben und unten verlängert und nach Constatirung des Mangels an Adhaerenzen die Geschwulst mit grossen Musseux'schen Hakenzangen mühsam aus dem kleinen Becken befreit und durch die Bauchwunde herausgedrängt, dann die Constriction des Cervix mit einem Gummischlauche vollzogen, hierauf die Uteruswand gespalten, zuerst vorn horizontal, bis zur Freilegung des Bettes der Neubildung, alsdann in einer darauf senkreckten Richtung bis das Bett in genügender Ausdehnung zugängig war. Die über 2 faustgrosse Geschwulst wird jetzt mit Leichtigkeit ausgeschält; ihre untre Partie reicht tief nach unten, fast bis zum inneren Muttermund, wird aber auch hier gänzlich ausgelöst. Dann wird das Bett durch Quernähte verschlossen. In der rechten Schnittfläche klafft in der vorderen Uteruswand ein grosser Spaltraum, aus dem sich ein Coagulum ausdrücken lässt. Nun wird die Uteruswunde durch Nähte verschlossen, auch die Angriffsstellen der Hakenzangen werden vernäht. Die Ovarien waren beide cystisch degenerirt; die Cysten platzen, bluten aber nicht. Nach Lösung des, die Cervix constringirenden Gummischlauchs folgt keinerlei Blutung. Die Bauchhöhle blieb vollkommen frei von Blut; sie wird verschlossen und darüber ein antiseptischer Verband applicirt. Dauer der Operation 1 Std. 10 Min., der durch sie bewirkte Blutverlust war minimal. Bald nach der Operation erholte sich Patientin wieder. T. 35,6 P. 80. Sie wird wie am vergangenen Tage 2 mal kathederisirt, erhält ein Morphiumsuppositorium, wonach sie gut schläft. Kein Erbrechen, mässiger Durst 8. IX. Am nächsten Nachmittage

erfolgte eine plötzliche Temperatursteigerung bis 39,2 mit sofortigem Wiederabfall. Puls klein und frequent. Abends kühle Extremitäten, rasch zunehmender Collaps.

9. IX. Exitus lethalis 6 Uhr Vormittag. Die Section 11 h. p. m. zeigte die Bauchwunde verklebt, das Peritoneum anscheinend gesund, die Uterusmusculatur verfärbt. In den Stichkanälen einzelne Coagula, im Cavum uteri eitriges Material. Die 880 grm. schwere Geschwulst ist ein weiches, in eiterigem Zerfall begriffenes Myom, das mit 2 Dritttheilen seiner Masse in der Wand des Uterus gesessen.

Betrachten wir uns jetzt die beschriebenen Fälle etwas näher. Im ersten Falle waren die Verhältnisse in sofern nach der bisher gültigen Anschauung am günstigsten, als der Stiel ziemlich leicht zugänglich und die Entwicklung des Polypen auf natürlichem Wege in einer verhältnissmässig kurzen Sitzung geschickten Händen möglich war.

Was die Prognose allerdings verschlechterte war die putride Secretion der Uterushöhle und der fieberhafte Allgemeinzustand der Patientin.

Die Diagnose des »subperitonealen Abscesses« würde geradezu eine Prognosis pessima ergeben haben. Und doch blieb keine andre Wahl, als die jauchende Uterushöhle ihres Inhaltes zu entledigen, mithin die Myomotomie à tout prix vorzunehmen.

Die Natur schien in diesem Falle schon den Weg vorgezeichnet zu haben, auf welchem die Elimination des Tumors geschehen sollte, und hatte hierin das Ihrige in Erweiterung des Cervicaltheiles und Austreibung des Tumors gethan. Der Fall war also geradezu einladend für die Benutzung des natürlichen Weges, wie derselbe auch von den damals bekannten Operationsmethoden die beste Prognose zu geben schien.

Es sind Fälle genug bekannt, in welchen unter Zersetzungsvorgängen in der Uterushöhle sowohl submucöse als auch interstitielle Myome theils spontan, theils künstlich eliminirt wurden, wie unter anderen*) in dem von mir beschriebenen zweiten Falle, Fälle, in denen zum Theil trotz allgemein febriler Zustände und selbst bei peritonitischen Erscheinungen nach Entfernung des Tumors ungestörte Reconvalescenz eintrat.

Die Berechtigung der in unserm Falle eingeschlagenen Operationsmethode steht hiernach vollkommen ausser Frage. Und doch drängt sich einem, wie in allen Fällen mit ungünstigem Ausgang, wenn man sich auch keines Versehens bewusst ist, so auch in diesem Falle unwillkürlich die Frage auf:

*) Berliner Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie von A. Martin Band III: »Fälle von intraparietalen Myomen des Uterus.«

Hätte ein anderes Verfahren nicht am Ende doch bessere Resultate ergeben?

Zweifellos wäre die Entfernung des Fibroms nach der Laparatomie durch Spaltung der Uteruswand und durch Trennung des Stiels ein Leichtes gewesen. Da die Geschwulst mit ihrer unteren Peripherie durch den dilatirten Muttermund in die Scheide ragte, so war von einem Collum, welches man hätte unterbinden, oder mit einem elastischen Schlauche constringiren können, überhaupt nicht mehr die Rede. Man würde also nach Unterbindung oder Compression der Aa. spermaticae und uterinae zunächst am besten den Uterus incidirt und entleert haben, vielleicht mit Zuhülfenahme der von mir am Schlusse angegebenen Massregeln zur Stillung der Blutung, um ihn dann je nach Umständen zu amputiren oder auch durch die Naht zu verschliessen. Ein derartiger Plan würde an Stelle des gewählten in Aussicht zu nehmen gewesen sein, wenn die Diagnose des subperitonealen Tumors früher möglich war. Aber auch aus anderen Rücksichten konnte der Operateur ein derartiges Verfahren wählen, und da nach Freilegung des Uterus das Vorhandensein wie der Character des subperitonealen Tumors hätte unmöglich übersehen werden können, so würde diese Complication unbedingt die amputatio uteri indicirt haben.

Die Gründe, welche für die Wahl dieses Verfahrens in dem vorliegenden Falle bei dem Stand der Diagnose ante operationem in Betracht zu ziehen waren, mussten vorzugsweise technischer Art sein. Ceteris paribus wären die technischen Schwierigkeiten für den Operateur geringer gewesen, sodann war der Eingriff an sich sicher nicht schwerer; Quetschungen und Zerreissungen am Uterus hätten vermieden werden können und damit die Gefahr gewaltsamer Inunction putrider Stoffe. Die Infection des Bauchfells war ebenso sicher zu umgehen als bei der Operation per vaginam und mit Hülfe von antiseptischen Irrigationen während der Nachbehandlung waren in beiden Fällen gleiche Resultate zu erzielen.

Ferner würde die supravaginale Amputation, selbstredend erst nach gründlicher Desinfection der entleerten Uterushöhle ausgeführt, durch Verkleinerung der secernirenden Innenfläche auch die Gefahr der septischen Infection verkleinert haben. Endlich aber würde die Laparatomie erlaubt haben die Diagnose zu sichern und den Complicationen, wie z. B. Ovarialentartungen, interstitielle und subperitonale Geschwülste irgend welcher Art Rechnung zu tragen.

Wenn man den in unserem Falle intra vitam für ein subperitoneales Fibrom angesehenen Tumor nicht wie Dr. A. Martin, geneigt ist, analog einem angegebenen Ortes beschriebenen Falle für ein geschmolzenes — fettig metamorphosirtes Fibrom anzusprechen, dann entsteht hier die schwerwiegende

und kaum mehr zu entscheidende Frage: Handelt es sich um das Product eines rein örtlichen Entzündungsprozesses oder um eine Theilerscheinung der pyämischen Allgemeininfection, woran Patientin zu Grunde ging, mit anderen Worten: War durch Mitbeseitigung der localen Complication überhaupt etwas geleistet? Schröder (Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane p. 210) hält gewisse derartige mit fettigem Detritus erfüllte Cysten für ein der Resorption nicht anheimgefallenes Product der mit der puerperalen Involution einhergehenden regressiven Metamorphose, dem die Muskelbestandtheile eines Myoms unterliegen, und in welchem auch schliesslich die bindegeweblichen Bestandtheile untergehen können. Als eine Folge von fortgesetzten Contractionszuständen des Uterus scheint mir diese Erklärung wohl auf kleine interstitielle, aber nicht auf grössere subperitoneale Abscesse anwendbar zu sein

Die bei der Section geäusserte Ansicht des pathologischen Anatomen, als handle es sich in Bezug auf den »subperitonealen Abscess« um das Product einer, durch Uebertritt putriden Secretes der Uterushöhle durch die Tuben, erregten, an dem Fundus localisirten Entzündung, vermag ich jedoch nicht zu theilen, da es mir wahrscheinlicher dünkt, dass in diesem Falle sich Perioophoritis oder eine mehr diffuse Peritonitis ausgebildet hätte.

Leider ist die microscopische Untersuchung des Inhaltes des subperitonealen Abscesses unterblieben.

Am wahrscheinlichsten dünkt mir die Auffassung des Abscesses als Product einer begrenzten Entzündung der Uteruswand unter entzündlich verdicktem Peritoneum, wie wir sie bei dem noch zu besprechenden vierten Falle in ihrem Culminationspunkte zu constatiren Gelegenheit hatten, die ihre Entstehung offenbar dem Einflusse des putriden oder purulenten Secretes verdankt. Fassen wir den Abscess übrigens auf wie wir wollen, so musste das therapeutische Handeln seine Mitentfernung bezwecken.

Wenn es also feststeht, dass das eingeschlagene Verfahren, wie der Fall vor der Operation zu liegen schien, die Möglichkeit eines günstigen Erfolges bot, so ergiebt sich aus dem weiteren Verlaufe seine Schädlichkeit oder doch seine Unzulänglichkeit auf das Evidenteste. Wollte man nicht auf halbem Wege stehen bleiben, so blieb nichts andres übrig, als sofort zur Laparatomie zu schreiten, d. h. 2 gleich schwere Eingriffe zu setzen, wo schon einer davon zum Ziele geführt haben würde.

In Bezug auf den von Professor Veit in Bonn operirten Fall verdient hervorgehoben zu werden 1) die spontane Elimination des früher vorhandenen Myoms, 2) die, während des

Gebrauchs von Ergotin, viermonatliche Cessirung jeglicher Blutung.

Mag die Erweichung und der jauchige Zerfall des früheren, im Uterus entwickelten, Myoms spontan erfolgt, oder durch ärztliche Eingriffe hervorgerufen worden sein, und mag man, das auf Beseitigung des Geruchs sich beschränkende ärztliche Handeln beurtheilen, wie man will, so lehrt doch der Erfolg, dass andauernde Jauchungsprocesse sich in der Uterushöhle abspielen können, ohne dass eine Bauchfellaffection oder septisch-pyämische Infection aufzutreten braucht, und ohne, dass das Allgemeinbefinden in bedenklicher Weise alterirt wird. Man ist gezwungen, in diesen Fällen anzunehmen, dass die Vereiterung des Tumorenbettes nur allmählich im gleichen Tempo mit dem fortschreitenden Zerfall erfolgt ist. Auf der andern Seite sind Fälle bekannt, (vergl. den ersten und dergl. von Dr. A. Martin l. c. beschriebene), wo bei bestehendem übelriechenden Ausflusse und fieberhaften Allgemeinbefinden die Enucleation des Tumors vorgenommen wurde und darnach der Tod durch Pyämie eintrat. Von dem Standpunkte der heutigen Anschauungen über die Entstehung des Puerperalfiebers ausgehend, scheint es doch bedenklich bei putriden Vorgängen in der Uterushöhle ein Verfahren einzuschlagen, welches schon an und für sich als ein sehr schwerer Eingriff bezeichnet werden muss, der durch blossen »Shok« zum Tode führen kann, weiterhin durch gewaltsame Dehnung und Zerrung des Cervix und der Uteruswand, durch dabei unvermeidliche Einrisse vielfache theils absichtliche, theils unabsichtliche Schleimhautverletzungen und Bildung mehr oder weniger grosser Säcke mit zerrissenen Wänden, welche durch die Kunst nicht geschlossen werden können, die Entwicklung und Verbreitung putrider Processe Thür und Thor öffnet.

Mag man auch berechtigt sein, bei lediglich übelriechender katarrhalischer Secretion und Unversehrtheit von Tumor und Bett nach gründlicher Desinfection der ganzen Uterushöhle den Tumor von der Scheide aus zu entfernen, in dem Gedanken, durch nachfolgende permanente Irrigationen mit antiseptischen Flüssigkeiten das Einnisten von Zersetzungen verhüten zu können, so erfordert dies doch die Möglichkeit einer vorherigen sichern Entfernung von Infectionsstoffen, die sonst, einmal während der intrauterinen Manipulation gewaltsam in das Zellgewebe hineingepresst, durch nachfolgende Irrigationen nicht mehr unschädlich gemacht werden können.

Aber nur in seltenen Fällen dürfte es gelingen, sich vor Anwendung eingreifender Manipulationen davon zu überzeugen, wie weit sich ein derartiger Plan mit Sicherheit durchführen lässt, und viele derartiger Fälle werden es nicht erlauben, sich mit, auf die Herstellung günstigerer Verhältnisse gerichteten

unsicheren therapeutischen Massnahmen lange aufzuhalten. In solchen Fällen wie der vorliegende, wo eine brandige Abstossung erweichter Fibrompartien stattfindet, und von einer gründlichen Desinfection daher nicht die Rede sein kann, würde ich, gestützt auf den günstigen Verlauf dieses Falles von jedem eingreifenden Verfahren abzustehen rathen, mich auf die Entfernung loser, in der Scheide erreichbarer Fetzen und Scheidenausspülungen beschränken, jedenfalls so lange, als nicht Erscheinungen der Weiterverbreitung putrider Stoffe auffordern, das Aeusserste zu wagen.

Das alsdann in Betracht kommende Operiren à tout prix dürfte aber keineswegs nach obigen Erwägungen mit mehr oder weniger langweiligen Versuchen zur Wegbarmachung des Cervikalcanals verknüpft sein und danach in gewaltsamen Ausschälungsversuchen bestehen. Es könnte vielmehr nur die amputatio uteri supravaginalis mit Zuhülfenahme der Vorsichtsmassregeln, die anzuwenden erst nach vorhergegangener Eröffnung der Uterushöhle und Ausschälung des Tumors nach Art der Martin'schen Methode ermöglicht sein dürften, in Betracht gezogen werden.

Auf den ersten Blick könnte es erscheinen, als ob die Anwendung von Ergotin die Ursache des viermonatlichen Cessirens jeder Blutung gewesen wäre. Ich muss dieser Ansicht entschieden entgegen treten und möchte vielmehr behaupten, dass dieses Verhalten auf Rechnung der durch die vorhergegangenen Blutverluste herbeigeführten Anämie zu setzen ist, vielleicht auch auf die vorgenommene diagnostische Dilatation. »Wenn meine Frau nach einer starken Blutung so recht elend geworden war, dann waren die folgenden Regeln spärlich; sobald sie sich aber wieder etwas erholt hatte, kam das Blut wieder in Massen.« — So lautete die Erzählung des Mannes.

Bei der 4monatlichen Menstrualpause wuchs der Tumor unaufhörlich weiter. Auch diesen Umstand möchte ich gegen die Annahme einer Ergotineinwirkung anführen.

Sodann muss ich bemerken, dass das angewandte Ergotinum dialysatum nicht subcutan, sondern per os einverleibt wurde, möglicherweise ein unwirksames Präparat war. Jedenfalls aber fehlte bei seiner Anwendung die Schmerzhaftigkeit der Injection, deren Bedeutung ich nicht unterschätzen möchte.

Eine günstige Beeinflussung der durch Fibromyome hervorgerufenen Störungen durch Ergotin würde ich nur dann annehmen, wenn während der Behandlung ein Stillstand im Wachsthum oder sogar eine Reduction des Tumors stattfindet und zugleich die periodischen Menstrualblutungen fortdauern, aber entschieden spärlicher werden, während die anämischen Erscheinungen verschwunden sind. Nur in etwa einem Drittel

der von Jäger citirten Fälle (Ueber Behandlung der Fibrome des Uterus mit subcutanen Ergotininjectionen) findet sich ein derartiger Erfolg verzeichnet.

Die Differenzialdiagnose in Bezug auf den Sitz des Tumors war in unserem zweiten Falle keineswegs so klar, als es bei oberflächlicher Durchsicht der Krankengeschichte erscheinen könnte. Zwar hatte sich der Tumor nachgewiesenermassen ursprünglich interstitiell (wie es wohl mit Ausnahme der von dem submucösen Gewebe und den drüsigen Elementen der Schleimhaut ausgehenden Neubildungen allgemein geschieht) und anscheinend mehr diffus entwickelt, auch gehörte er entschieden den weicheren Formen an, die vorzugsweise interstitiell zu sitzen pflegen, (die harten Formen scheinen mehr Neigung zu haben, die ihre stärkste Convexität bedeckende Schicht von Uterusparenchym zum Schwunde zu bringen, oder doch auseinanderzudrängen) jedoch sprach die Länge der Uterushöhle, sowie die eigenthümlich galertartigweiche Beschaffenheit der während der letzten Periode im erweiterten Muttermund erschienenen unteren Spitze der Geschwulst und die gleichmässige Gestaltung des Uterus wieder für einen mehr submucösen Sitz des Tumors.

Nachträglich bin ich auf einen Umstand aufmerksam geworden, der in ähnlichen Fällen zur Entscheidung beitragen könnte. Es fand sich nämlich bei der Untersuchung des abgetragenen Tumors, dass die Uterushöhle im Vergleich zu ihrer Länge sehr wenig breit war.

Die Untersuchung mit der Sonde, die in vielen Fällen erlauben wird, die Verhältnisse der Uterushöhle festzustellen, wird zuweilen werthvolle Anhaltspunkte liefern, da man annehmen muss, dass bei mehr interstitiellem Sitze des Tumors die Uterushöhle vorwiegend in die Länge gezogen, bei mehr submucösem Sitze aber auch gleichzeitig verbreitert sein wird. Gelingt das Sondiren daher leicht nach verschiedenen Richtungen und lässt sich der Sondenknopf im Bogen ausgiebig nach beiden Seiten hin ohne Mitbewegung der Geschwulst führen, gelingt es gar, ihn durch die Bauchdecken an relativ weit auseinanderliegenden Stellen des Tumors zu palpiren, so ist die Diagnose eines submucösen, Myoms meiner Meinung nach um ein wesentliches Moment bereichert.

Es wird Jedem ohne weiteres einleuchten, dass ein submucöser Tumor die Uterushöhle erweitern und verbreitern muss; da es sich aber auch um derartige Geschwülste handeln kann, die breitbasig, mit 2 seitlichen Lappen an den Seitenwänden des Uterus inseriren und demnach nur einen verhältnissmässig schmalen sagittalen Spalt übrig lassen, so ist es klar, dass das Resultat der Sondirung nur im positiven Sinne für die Diagnose verwerthet werden darf.

Es war in unserem Falle nach obigen Erwägungen mindestens unsicher, dass die Auslösung der Geschwulst einfach in Losschälung von der sie umhüllenden Schleimhaut und unschweren Abtrennung von einem verhältnissmässig seichten und kleinen Bette von lockerem Bindegewebe zu bewerkstelligen war. Vielmehr war zu bedenken, dass bei ihrer Unzugänglichkeit und Ausdehnung, ihre vollständige Entfernung vielleicht nicht einmal in einer, wenn auch sehr protrahirten Sitzung ausgeführt werden könnte.

Aus diesen Gründen wurde von der Operation per vaginam abgesehen, und als einzige dem damaligen Standpunkte der Wissenschaft nach noch in Betracht kommende Methode, die Laparatomie mit nachfolgender Amputatio uteri supravaginalis ausgeführt.

Heute würde es zu rechtfertigen sein, mit Hülfe der Martin'schen Methode, zunächst die Verhältnisse des Tumors zu Schleimhaut und Uterusparenchym zu eruiren, um je nachdem, die vollkommne Durchführung der Methode, oder die Amputation folgen zu lassen.

Eine ausführliche Beschreibung, des ersten von Dr. A. Martin nach seiner Methode operirten Falles, findet sich, wie erwähnt in No. 27 der deutsch. medic. Woschschr. 1880.

Auch in diesem Falle war eine etwa $^1/_4$ Jahr lang durchgeführte Ergotinbehandlung vorausgegangen, aber ohne wesentlichen — nur vorübergehenden Erfolg. Es waren anaemische und hydraemische Erscheinungen bei Aufnahme der Pat. vorhanden. Bei der Sondirung stiess man über dem inneren Muttermund auf ein Hinderniss, doch konnte über den Sitz des Tumors nichts Näheres eruirt werden, da selbst durch fortgesetzte energische Dilatationsversuche keine genügende Erweiterung des Cervicalcanals zu erzielen war und das Allgemeinbefinden der Kranken weitere derartige Versuche untersagte. Eine spätere Wiederholung derartiger Manipulationen zu rein diagnostischen Zwecken war nicht zu empfehlen, da es unsicher war, ob sie ohne selbst zu schaden, zum Ziele führen würden, und die Feststellung der Insertion des Tumors sicher nicht ausreichend war, zur Taxirung der Schwierigkeiten, auf welche man bei der Ausschälung gestossen wäre; und wenn ich auch mit Anderen*) gerne zugebe, dass unter Umständen das Operiren zu getrennten Zeiten mancherlei Vortheile bietet, und mitunter ohne Reactionserscheinungen nach den ersten Auschälungsversuchen zu einem glücklichen Ausgange führen kann, so wird es doch nie mit genügender Scherheit möglich sein, im Voraus zu bestimmen, wie sich der in Angriff genommene Tumor und seine Umge-

*) Dr. Martin: Fälle von intraparietalen Fibromen.

bung nach solchen unterbrochenen Operationen verhalten wird. Mithin war es gerathen zunächst abzuwägen, welche von den beiden, in Betracht kommenden Methoden, die für die Kranke schonendeste und gleichzeitig am leichtesten ausführbare sei.

Wenn wir zugeben, dass bei der heutigen Technik unter sonst gleichen Verhältnissen, die Gefahr der Uebertragung septischer Stoffe auf die, sowohl durch die Myomotomie, als auch durch die Enucleation erzeugten Wundflächen eine gleichgrosse ist, — dass Collapserscheinungen und andere unaufgeklärte Vorkommnisse, die man gewöhnlich unter dem Namen »Shok« zusammenzufassen pflegt und welche oft genug lethal enden, nach jeder dieser Methoden auftreten können, wenn wir endlich bedenken, dass necrotische Vorgänge nach keiner Methode ausbleiben, so kann es nicht auffallen, dass in unserem Fall die Wahl auf eine Methode fiel, die nur einer kurzen Zeit zu ihrer Ausführung bedurfte, voraussichtlich von geringem — minimalem Blutverluste begleitet, leicht ausführbar war, und keine vorherige genaue Diagnose mit allen dazu nöthigen Eingriffen beanspruchte.

Die einzige Contraindication, die hier gegen die Laparotomie aufgestellt werden konnt, war die Möglichkeit einer in ihrem Gefolge auftretenden Carbolintoxication. In Zukunft wird sich aber auch eine derartige Befürchtung umgehen lassen, entweder dadurch, dass man nach Hegar's (u. A) Vorgange, welcher bei seinen Laparotomien mit die besten Resultate aufzuweisen hat, von der, anderweitig schon vielfach wieder verlassenen, Anwendung des Carbolspray's ganz absieht, oder dass man zum Spray solche Mittel verwendet, die an sich durch Resorption keine bedrohlichen Intoxicationserscheinungen hervorrufen, eventuell dem Spraywasser Salze zusetzt, die seine Resorption mindern.

Es ist nun das specielle Verdienst A. Martin's mit der eigenartigen Operation dieses glücklich verlaufenen Falles den Weg gezeigt zu haben, auf welchem es möglich ist, die Missstände der bis dahin zu diesem Zwecke unternommenen vorschiedenen Operationsmethoden zu umgeben.

Der zweite von Herrn Dr. A. Martin auf dieselbe Weise operirte Fall weicht nur in so fern von dem oben erwähnten ab, als es sich um eine weit mehr heruntergekommene fiebernde Kranke handelte, und als unter schwankender Temperatur Collaps eintrat, von der sich Patientin nicht wieder erholte. Ausser Verfärbung der Uteruswand, beginnender Vereiterung des Myoms und eitrigem Material in der Uterushöhle wurde durch die Section nichts gefunden, was den ungünstigen Ausgang zu erklären vermocht hätte. Carbolurie fehlte.

Hält man mit dem Uterusbefunde die bei der Untersuchung constatirte lebhafte Schmerzhaftigkeit des Fundus zusammen,

so kann man sich des Gedankens nicht erwehren, dass es sich um eine Uterusentzündung handelte, die mit der beginnenden Vereiterung des Myoms im Zusammenhang stand und nach der Operation vehement an Intensität und Ausbreitung zunehmend zu einer eitrigen Infiltration der Muskulatur führte, mithin auch ihren Antheil an dem Tode der Patientin gehabt haben mag.

Von dieser Voraussetzung ausgehend ist es sicher, dass forcirte Enucleationsversuche kein besseres Resultat ergeben haben würden. Jedoch wird es offne Frage bleiben, ob eine Amputation im gesunden Gewebe, oder bei Affection der gesammten Wandung, eine exstirpatio uteri nach Freund günstigere Verhältnisse geschaffen haben würde.

Es scheint mir der Mühe werth, hier noch einmal auf unsern fibrösen Polypen zurückzukommen, wo der ihn complicirende subperitoneale Abscess meiner Auffassung nach nichts anderes war, als das Endproduct einer umschriebenen Entzündung, die wir in dem eben beschriebenen Falle in einem früheren Stadium zu beobachten die Gelegenheit hatten.

Man wird mir entgegenhalten, dass, so lange es nicht ausgemacht ist, dass die Martin'sche Myomotomie quoad vitam bessere Resultate liefert, als die supravaginale Amputation, die Entfernung eines Organs geboten sei, welches ausser mannichfachen andern Beschwerden für seine Besitzerin, die Gefahr in sich berge, von neuem der Sitz von Tumoren mit ihren verschiedenartigen Folgen zu werden.

Wenn ich sogar zugebe, dass ein Uterus, der der Sitz von mehr oder weniger interstitiellen Myomen ist, (denn interstitiell sind sie ursprünglich alle und Schröder*) bezeichnet ihre Anfänge als locale Hyperplasie des Uterusgewebes) die Keime zu weiteren analogen Neubildungen zu beherbergen pflege, so bezweifle ich doch, dass von dem conservativen Standpunkte, den die heutige Chirurgie einnimmt, es zu rechtfertigen ist, ein functionsfähiges Organ nur aus dem Grunde zu entfernen, weil es möglicherweise wieder der Sitz von Erkrankungen werden kann.

Ohne Eierstöcke kann man sich freilich keinen functionsfähigen Uterus denken und umgekehrt. Müssen also aus irgend einem Grunde die Ovarien entfernt und gleichzeitig ein schwerer Eingriff am Uterus gemacht werden, dann kann die Erhaltung dieses Organes gar nicht mehr in Frage kommen. Man wird sich alsdann nur darnach zu richten haben, welches Verfahren als das ungefährlichste erscheint.

Es ist umgekehrt eine gerechtfertigte Regel, bei der Amputation des corpus uteri die Ovarien mit zu entfernen.

*) L. c. S. 209.

Anders liegt aber die Sache, wenn es sich darum handelt, bei einem noch jungen Weibe, das sich nach Nachkommenschaft sehnt, nach Ausschluss der Enucleation per vaginam die Myomotomie vorzunehmen.

Ich glaube, dass in diesen Fällen es nicht nur gerechtfertigt, sondern geradezu geboten sein wird, die Entfernung des Myoms nach der Martin'schen Methode wenigstens zu versuchen.

Fassen wir nun die Resultate der Betrachtung unserer 4 Fälle hier noch einmal kurz zusammen. In zweien davon war die Martin'sche Myomotomie contraindicirt wegen der mit ihrer Hülfe nicht entfernbaren Eiterherde, deren einer einen abgekapselten subperitonealen Abscess, der andre ein diffuses Infiltrat der Uteruswand darstellte. Auch die putride resp. purulente Secretion der Uterushöhle musste zu ihrer möglichsten Verkleinerung auffordern, was mit Hülfe der Amputation ev. der Exstirpation zu erreichen war. In den beiden andern Fällen hingegen war nach meinem heutigen Dafürhalten die Martin'sche Myomotomie indicirt wegen der Unzugänglichkeit der betreffenden Geschwülste, ihrer Grösse, der Unsicherheit in Beurtheilung der Art ihrer Insertion und des Zusammenhanges mit der Uteruswand.

Im 2. Falle, in welchem die Ovarien mit entfernt werden mussten, und die Geschwulst schwer zu isoliren, ihr Bett schwer zu verschliessen war, würde auf die ev. vorgenommene Incision des Uterus die Amputation gefolgt sein.

In ähnlicher Weise verfuhren schon Kimball u. a.,*) nur mit dem Unterschied, dass sie, um die Amputation zu ermöglichen und eine übermässige Erweiterung der Bauchwunde zu umgehen, den Uterus, welcher Sitz mehrerer solider interstitieller Tumoren war, incidirten und nach Analogie der Verkleinerung von Ovarialcysten durch Ausschälung der Geschwülste in seinem Volumen reducirten

Wie aus unseren Betrachtungen hervorgeht, erscheint die Martin'sche Methode durchführbar bei allen rein submucösen und gewissen Formen interstitieller Tumoren. Bei letzteren kommt es darauf an, ob das Bett gut verschliessbar und die Wunde in einem derartig dicken Wandtheile angelegt ist, dass man durch die Naht einen Schutzwall von genügender Dicke gegen den Uebertritt von Secreten etc. aus dem Innern in die Bauchhöhle bilden kann; sodann müssen die Secrete freien Weg nach der Scheide haben.

Indicirt ist die Martin'sche Methode in allen Fällen, in denen 1) es sich um rasche Entfernung eines Myoms handelt 2) der Cervix schwer durchgängig ist, das Myom sehr gross,

*) Hegar und Kaltenbach: die gynaekolog. Operationen.

breitbasig submucös oder interstitiell sitzt, sich voraussichtlich schwer ausschälen oder extrahiren lässt 3) bei sehr heruntergekommenen Kranken jeder Blutverlust vermieden werden muss, 4) peritonitische Reizerscheinungen und fieberhafte Zustände etc. Complicationen vermuthen lassen, behufs Erweiterung der Diagnose, 5) bei jugendlichen Personen die Erhaltung der geschlechtlichen Functionen in Frage kommt.

Contraindicirt ist sie in allen Fällen, wo die Entfernung eines vorwiegend submucösen Myoms auf dem natürlichen Wege augenscheinlich keinen grossen Schwierigkeiten begegnet, ebenso wo nach der Hysterotomie die Ausschälung sehr schwierig ist, Gefässe zerrissen werden müssen, die eine Nachblutung befürchten lassen, das Bett sich schwer schliessen lässt, die Uteruswunde nicht in genügend dicken Wandtheilen verläuft, um einen sicheren Abschluss der Uterushöhle nach der Bauchhöhle hin zu verbürgen, wo Eiterungs- und Jauchungsvorgänge sich im Innern, in der Wand oder unter dem Peritonealüberzuge des Uterus sich abspielen, die eine Verkleinerung des Organes selbst erheischen.

Der allgemeine Vergleich der Martin'schen Myomotomie mit den übrigen Operationsmethoden führt uns nun zu folgenden Resultaten. Vor der Amputatio supravaginalis hat sie den Vorzug 1) des leichtern Eingriffs, 2) der Erhaltung des Uterus, 3) Erhaltung des Uterusparenchymblutes, 4) Erhaltung der alten Circulationsverhältnisse, 5) der geringeren Insultirung des Bauchfelles und Fortfall der Verzerrungen an den Beckenorganen, 6) Durchführbarkeit ohne Rücksicht auf Adhaerenzen (siehe unten).

Die gemeinschaftlichen Vortheile der Martin'schen und der supravaginalen Methode vor der Enucleation per vaginam sind 1) der durch offene Freilegung der Beckenorgane ermöglichte Einblick zur Constatirung von Complicationen, 2) Garantie der Durchführbarkeit, 3) Wegfall von Vorbedingungen, die, wie die Zugänglichkeit des Tumors, wenn nicht gerade zufälligerweise vorhanden, herzustellen zeitraubend, unsicher und an sich nicht ungefährlich sind, 4) Sicherheit der vollständigen Entfernung des Tumors, 5) grössere Sicherheit gegen Blutungen, 6) die Möglichkeit des Bettverschlusses, 7) Schonung des Cervicaltheiles, 8) durchschnittlich kürzere Dauer.

Wirkliche Nachtheile hat die Martin'sche Methode der Amputation gegenüber nie, da sie, wo solche evident sind, ganz einfach letzterem Verfahren Platz macht. Die möglicherweise eintretenden Nachtheile sind 1) spätere Erkrankungen des erhaltenen Uterus, 2) die Grösse der secernirenden Innenfläche mit ihren Folgen.

Gegenüber der Enucleationsmethode besitzt die Martin'sche Methode den Nachtheil, welchen ev. Infection des Bauchfells oder Resorption von Carbol etc. mit sich bringen.

Die gemeinschaftlichen Vortheile der eben genannten Methoden gegenüber der Amputatio supravaginalis bestehen in Erhaltung der geschlechtlichen Functionen, soweit sie an den Uterus gebunden sind.

Zum Schlusse will ich noch eines Vortheils gedenken, den die Martin'sche Myomotomie in solchen Fällen zu bieten vermag, wo man wegen nicht zu beseitigender Adhaerenzen auf die Enucleation angewiesen war, Fälle, in welchen der Uterus nicht über die Bauchdecken entwickelt werden kann.

Hier würde man nach Verschliessung der erreichbaren Arterien, welche zu dem Organe führen, die Uteruswunde in die Bauchwunde hineinlegen, und zwar so, dass zuerst mit einem kleinen Schnitt die Wand gespalten wird und unter Leitung des durch ihn eingeführten Fingers zu seinen beiden Seiten parallele Blutstillungsnähte successive unter gleichzeitiger Erweiterung desselben angelegt werden; nach Ausschälung des Tumors, Verschluss seines Bettes werden die angelegten Blutstillungssuturen wieder abgenommen, ev. Nachblutungen durch Verstärkung der Wundnaht gestillt, alsdann die Operation in bekannter Weise zu Ende geführt.

Wenn mir die Geduld des geneigten Fachgenossen bis hierher gefolgt ist, glaube ich mich nun der Hoffnung hingeben zu dürfen, mein Möglichstes zur Verbreitung einer Methode beigetragen zu haben, die wie die Martin'sche heilt, ohne zu verstümmeln, und die wegen ihrer relativ leichten Ausführbarkeit bei fast absoluter Blutleere des Operationsfeldes, wie sie durch die Gummischlauchconstruction bewirkt wird, Aussicht hat, zum Heil der leidenden Frauen bald Gemeingut des gesammten ärztlichen Publikums zu werden.

Nachtrag des Verfassers. Die moralische Seite des Gegensatzes zwischen Amputatio uteri supravaginalis einerseits, und der Martin'schen Methode, sowie der althergebrachten Sectio caesarea andrerseits, ist in neuester Zeit durch einen soeben im Drucke erschienenen Vortrag des Herrn Collegen Schlemmer in Kallerheistert beleuchtet worden. Dr. Schlemmer kommt zu den Resultaten, dass 1) der Statistik gemäss, die Sectio caesarea, im Falle freier Wahl, der Porro'schen Methode vorzuziehen sei; 2) Nur ca. 7% von allen Kaiserschnitten machen die Anwendung der Porro'schen Methode nothwendig, während bei 93% die alte Methode angezeigt bleibt. 3) »Porro entzieht das Weib für die Folge dem Zwecke seiner Schöpfung, es wird denaturalisirt und nur zum Geschlechtsgenusse praeparirt.« 4) Die Ausführung der Porro-Operation als Präventiv gegen Schwängerung ist also in mindestens 90% der bisherigen Kaiserschnitte gesetzwidrig und unmoralisch.

Wenn ich nun auch sowohl von der Anwendung religiöser Satzungen auf diese Frage, sowie von dem Missstande ab-

sehe, dass das »denaturalisirte« Weib im Geschlechtsgenusse schwer beeinträchtigt ist (Schwarz: Fall von Ausreissung der ganzen Gebärmutter, Archiv für Gynaekologie 1879), so stimme ich doch mit Dr. Schlemmer in sofern überein, als bei dem Standpunkte der heutigen Technik die Porro'sche Methode auf die Fälle zu beschränken sei, in welchen die Martin'sche Myomotomie der supravaginalen Amputation zu weichen hat, welche aber bei den Kaiserschnittsmethoden einen ungleich geringeren Procentsatz ausmachen, als bei den berührten Myom-Operationen.

Was die »Technik« anbelangt, so erlaube ich mir zu bemerken: Wäre zur damaligen Zeit die Constriction des Cervix durch einen Gummischlauch, wie sie von Litzmann bei Sectio caesarea und von A. Martin bei Myomoperation mit bestem Erfolge in Anwendung gebracht worden ist; bei den Operateuren in Gebrauch gewesen, so würde die Porro'sche Methode schwerlich in der Ausdehnung Eingang, Verbreitung gefunden haben, und wäre vielleicht nie geboren worden. Die Möglichkeit, durch eine feste Abschnürung der Blutzuführenden Gefässe die Unannehmlichkeiten und Gefahren des den altherkömmlichen Kaiserschnitt begleitenden Blutverlustes zu vermeiden, war ein Moment, welches nicht nur die der Abtragung des Uterus sich entgegenstellenden Bedenken beseitigte, sondern letztere geradezu indicirte, indem sicher vorauszusehen war dass die peripher von der durch die verwendete Drahtligatur gelegenen voluminösen Theile, durch die an der Constrictionsstelle hervorgerufene starke Quetschung, in ihrer Lebensfähigkeit beeinträchtigt, und durch umfangreiche Necrose den weiteren Verlauf ungünstig beeinflussen würden.

Erst durch die Anwendung des Gummischlauchs, deren Werth ich nicht genug betonen zu können glaube, ist es gelungen, das Operationsfeld blutfrei zu machen, ohne eine ernste Quetschung zu hinterlassen, und zwar ist dies begründet in dem elastischen Character und der Vertheilung der ausgeübten Compression auf einen weiteren Theil des Umfanges.

Ferd. Schnitzler, Wetzlar.